

ANNÉE 1939

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Roger JOANNES

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Avril 1914, à Paris (17^e)

**QUELQUES NOTES SUR
LES TROUBLES OCULAIRES
AU COURS DE LA GROSSESSE**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Travail du Service de M. le Docteur DEVRAIGNE
Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Imprimerie L. PÉLAMOURGUE
170, rue Vercingétorix, 170
PARIS (14^e)

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

QUELQUES NOTES SUR
LES TROUBLES OCULAIRES
AU COURS DE LA GROSSESSE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Roger JOANNES

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 17 Avril 1914, à Paris (17^e)

QUELQUES NOTES SUR LES TROUBLES OCULAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Travail du Service de M. le Docteur DEVRAIGNE
Maternité de l'Hôpital Lariboisière

Imprimerie L. PÉLAMOURGUE
170, rue Vercingétorix, 170
PARIS (14^e)

1939



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES . . .	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES . . .	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL . . .	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI . .	Neurologie et Psychiâtrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET . . .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE . . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER . .	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE		BASSET . . .	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .	Clinique médicale.	BROCQ . . .	
BRULÉ.		CADENAT . .	
CHABROL. . .		GATELLIER .	
DONZELOT. .		MOURE . . .	
DUVOIR. . . .		QUENU . . .	
LIAN		VELTER . . .	
PASTEUR- VALLÉRY-RADOT.			
SÉZARY. . . .			

MM.	
ECALLE . . .	Clinique obstétricale.
METZGER . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. .	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A mes oncles :

MAURICE JOANNÈS-BOYAU

ROBERT GAUDIN

morts pour la France pendant la Guerre de 1914-1918.

Qui m'ont montré, par leur héroïsme, le chemin de l'honneur.

A mon oncle LUCIEN GAUDIN (in mémoriam)
qui a fait tant de fois triompher les couleurs françaises.

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse,
en témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur HENRI ROUVIÈRE

qui a bien voulu aider de ses conseils mes débuts
dans l'étude de l'anatomie.

A mes Maîtres dans les stages

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Professeur CARNOT

Monsieur le Docteur HALBRON

Monsieur le Professeur agrégé CADENAT

Monsieur le Docteur HERSCHER

Monsieur le Docteur TIXIER

A mes Maîtres dans l'externat :

Monsieur le Professeur BASSET

avec toute ma reconnaissance pour les leçons de
clinique chirurgicale que j'ai reçues chez lui,

A son assistant :

Monsieur le Professeur agrégé AMELINE

qui a bien voulu guider mes premiers pas chirurgicaux.

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Monsieur le Docteur STEVENIN

grâce à qui j'ai vécu les premiers jours de la guerre
avec un merveilleux moral.

A Monsieur le Docteur RAVINA

A Monsieur le Docteur SEGUY

A Monsieur le Docteur LUMIÈRE

qui a toujours été un ami éclairé et sincère.

A Monsieur le Docteur CARREZ
en remerciement de sa patience à m'instruire.

A mes maîtres dans les conférences :

Messieurs les Docteurs L. DAVID

DERIEUX

P. LANCE

MATHE

SIGUIER

A mes parents

A mon ami le Docteur Pierre DEVRAIGNE

A mes camarades de conférence

A mes amis.

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur de l'hôpital Lariboisière
Chargé de cours de clinique annexe
Commandeur de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu s'intéresser à moi dès avant ma venue au monde, dont l'exemple, à mesure que je grandissais, me dirigeait chaque jour davantage vers les études médicales; que j'ai trouvé toujours prêt à m'aider.

En témoignage de ma très respectueuse affection et de mon plus profond dévouement.

INTRODUCTION

Nous nous permettons de commencer notre travail par l'évocation d'un souvenir de notre vie d'étudiant : Depuis notre passage dans une Maternité, demeure présent à notre mémoire l'appel angoissé d'une femme qui, au cours de son accouchement, s'écria : « Docteur, je vous entends, mais je ne vous vois plus ». Aussi lorsque aujourd'hui s'est offerte la possibilité d'étudier d'une façon plus approfondie les troubles oculaires dans la grossesse, avons-nous été heureux de saisir cette occasion de mettre en ordre quelques notes. Nous regrettons seulement que les circonstances limitent le temps que nous aurions aimé consacrer à cette étude et nous nous excusons de soumettre à nos Maîtres un examen aussi bref de ce que sont les troubles oculaires dans la grossesse.

GÉNÉRALITÉS

Après avoir passé en revue les différentes affections oculaires pouvant survenir au cours de la grossesse, nous examinerons d'une façon plus approfondie celles d'entre elles dont la valeur pronostique est plus importante, car elles peuvent indiquer à l'accoucheur que le moment est venu pour lui d'intervenir.

Nous passerons donc rapidement sur les accidents survenant pendant les suites de couches sous l'influence de l'infection puerpérale, surtout signalés au cours des formes pyohémiques, tels que des kératites suppurées, parfois même la fonte purulente du globe de l'œil. De même nous mentionnerons seulement certains troubles tels que : l'exagération de la sécrétion des larmes au début de la grossesse, la diminution de l'acuité visuelle principalement chez les multipares et dans les deux derniers mois. L'hémianopsie qui surviendrait dans le neuvième mois pour

disparaître dans les quelques jours des suites de couches, généralement vers le dixième jour.

Mais c'est surtout au cours de l'albuminurie et de l'éclampsie que nous rencontrerons les troubles oculaires que nous voulons étudier.

Les traités nous renseignent de façon assez succincte sur les troubles oculaires au cours de la grossesse; nous empruntons à la « Pratique de l'art des accouchements », à l'article « Eclampsie », la citation suivante : « Elle s'accompagne souvent de troubles oculaires, tels que amblyopie, diplopie, perversions colorées, amaurose : ces accidents liés pour une part à l'élévation rapide de la tension artérielle précèdent ordinairement de quelques instants seulement les convulsions »; dans le même traité, à l'article : « Albuminurie et grossesse », Chambrelent, et Cathala, après avoir mentionné l'hypertension, ajoutent que l'on peut observer des troubles des organes des sens, plus particulièrement de la vue, parmi lesquels les lésions de névrite optique, de rétinite albuminurique, ne sont pas exceptionnelles; de même que le décollement de la rétine, ils indiquent également

que l'amblyopie, l'amaurose peuvent apparaître brusquement ou s'installer lentement; nous citons intégralement ces auteurs : « certaines complications de l'albuminurie gravidique peuvent également déterminer l'accoucheur à hâter la fin de la grossesse. Tels sont les troubles graves de la vue. On a pu rapporter plusieurs cas dans lesquels l'accouchement prématuré a arrêté la cécité chez les femmes atteintes d'albuminurie gravidique ».

De même, dans le Manuel de l'Accoucheur de Demelin, Devraigne, nous lisons : « Chez certaines femmes, la toxémie s'est localisée sur la rétine d'une manière en quelque sorte primitive et avec assez d'intensité pour amener la cécité. On a contre ces rétinites albuminuriques (accompagnées d'ailleurs d'autres signes d'intoxication, mais sans éclampsie) conseillé l'accouchement prématuré provoqué et la guérison a eu lieu ensuite ».

Un praticien d'Oslo : Ingolf Schiøtz, donne à la **rétine albuminurique** la première place, on la rencontrerait dans la proportion importante de 1 cas sur 260 grossesses, surtout chez les primipares et

dans le neuvième mois. Pour Devraigne, cette complication, si elle a pu être fréquente dans le passé, serait maintenant beaucoup moins fréquente grâce surtout aux consultations prénatales. Cette rétinite entraînerait des troubles de la vue allant de la simple diminution de l'acuité visuelle à l'amaurose. A l'examen de l'œil, on trouverait des lésions bilatérales, mais non obligatoirement symétriques : coloration grisâtre de la papille, petites hémorragies prépapillaires; veines dilatées et sinueuses, artères rétrécies; on verrait sur la rétine des taches blanches ou des taches rouges hémorragiques. Toujours d'après Ingolf Schiøtz, ces rétinites régressent après l'accouchement, leur récurrence ne serait pas fatale lors d'une grossesse ultérieure; même dans les cas graves, les troubles oculaires disparaîtraient rapidement après l'accouchement; par contre, les rétinites précoces de la grossesse commanderaient l'interruption de la grossesse. Tout en confirmant ces dernières affirmations, Devraigne fait des réserves quant à l'indication que les récurrences ne sont pas fatales au cours d'une grossesse ultérieure.

Cette rétinite albuminurique peut se compliquer

de décollement rétinien, d'hémorragie du corps vitré, de glaucôme secondaire, d'obstruction partielle ou totale des vaisseaux centraux de la rétine. Il est recommandé, dans le cas de décollement de la rétine, d'éviter les efforts d'expulsion au moment de l'accouchement, soit par une application de forceps, soit par extraction podalique dès dilatation complète.

L'amaurose gravidique survient en général brutalement, vers la fin de la grossesse; elle atteint les deux yeux. Certains auteurs ont décrit une période d'obnubilation, de photopsies et de parésie accommodatrice (Sourdille). Les pupilles sont en myosis ou en mydriase et réagissent à la lumière. L'absence du réflexe pupillaire comporte un pronostic réservé. Il n'y a pas de lésion ophtalmologique à moins de coïncidence de rétinite. C'est un phénomène fugace, qui peut cependant durer quelques jours, même plusieurs semaines, et laisser après lui une hémianopsie ou un scotome (Schmidt-Ringler).

Que deviennent au cours de la grossesse les troubles oculaires? Malgré le régime, ils persistent et s'aggra-

vent, mais régressent dès après l'accouchement; cette régression est généralement rapide, mais suivant la gravité des lésions, elle peut être plus ou moins lente, demandant même plusieurs mois pour que les troubles disparaissent complètement. Mais deux complications peuvent assombrir le pronostic : le décollement de la rétine et l'atrophie du nerf optique.

Le décollement de la rétine qui, pour Burnier, surviendrait dans 17 % des cas, peut être brutal ou apparaître après quelques signes prodromiques; il peut survenir sans qu'il y ait eu d'effort. Il est généralement bilatéral et peut réduire la vision jusqu'à la simple perception lumineuse. La guérison n'est jamais complète, l'acuité visuelle restant toujours diminuée.

L'atrophie du nerf optique est due à la neuro-rétinite; on l'a cependant signalée comme conséquence de l'obstruction de l'artère de la rétine; pour Burnier, elle entraînerait la cécité dans 13 % des cas. Cependant, le pronostic visuel de la rétinite gravidique est moins grave que celui de la rétinite de la néphrite chronique; néanmoins, il commande

le traitement prophylactique de l'intoxication gravidique et de l'éclampsie; analyses fréquentes des urines, recherche des signes d'éclampsisme de Bar et surveillance constante de la tension artérielle; on ne devra pas oublier pourtant que les signes oculaires ont pu précéder l'apparition de l'albuminurie ou même exister sans qu'il y ait jamais présence d'albumine dans les urines. Quoi qu'il en soit, le pronostic visuel est toujours plus sombre quand on laisse évoluer la grossesse à terme sans être meilleur pour le fœtus (Rochon-Duvigneaud); en cas d'échec du traitement prophylactique, on sera donc amené à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Nous avons volontairement négligé, au cours de cette courte étude, les résultats donnés par « **l'examen ophtalmologique** » pratiqué par un spécialiste; l'ophtalmoscope permet de découvrir trois symptômes fort importants :

un œdème papillo-rétinien
des hémorragies (taches rouges)
des exsudats (taches blanches).

Ces signes sont décrits plus complètement dans les observations que l'on verra plus loin. Mais arrêtons-nous plus longuement sur l'étude de la pression artérielle rétinienne, qui nous a semblé une notion particulièrement intéressante. « La pression artérielle rétinienne » s'exprime selon la graduation du dynamomètre de Baillart, en millimètres d'eau. On sait que Baillart a donné comme chiffres normaux de la pression rétinienne la moitié de la pression humérale. Il faut noter que l'on ne peut généralement pas mesurer la pression artérielle rétinienne maxima sans danger pour le globe oculaire, la pression minima dépassant déjà souvent la graduation du dynamomètre. Quant à la pression moyenne, elle est très difficile à mesurer lorsqu'il y a œdème de la papille, cet œdème masquant les vaisseaux. C'est donc généralement la pression rétinienne minima que l'on peut seulement mesurer. Mais le rapport entre la pression artérielle générale et la pression artérielle rétinienne est rarement conservé dans les rétinites hypertensives. Une pression artérielle rétinienne minima de 150 devrait correspondre à une pression artérielle humérale de 30.

Peut-on voir dans l'hypertension artérielle seule la raison de l'hypertension rétinienne? Depuis un certain nombre d'années l'hypertension rétinienne est fréquemment attribuée à une hypertension du liquide céphalo-rachidien. Cette hypertension céphalo-rachidienne est très fréquente au cours des rétinopathies hypertensives et si l'on peut admettre que les rétinites gravidiques font sans nul doute partie des rétinopathies hypertensives, nous pouvons donc entrevoir le sens dans lequel nous aurions aimé orienter notre travail et le pousser plus avant que nous n'avons pu le faire, c'est-à-dire rechercher l'étiologie des rétinites gravidiques, jusqu'à quel point le rein doit-il être rendu responsable, l'hypertension artérielle générale serait-elle au contraire le facteur déterminant et quelle serait la place à donner à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien?

Autant de questions que nous laissons aujourd'hui sans réponse et que peut-être nous pourrions reprendre un jour.

QUELQUES CAS CLINIQUES

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE a bien voulu nous autoriser à prendre connaissance de deux observations de son service, les deux malades ont été examinées au point de vue ophtalmologique par le Dr. A. DUBOIS-POULSEN; qu'il nous soit permis ici de les remercier vivement de l'aide qu'ils ont bien voulu nous donner.

OBSERVATION I

Jacqueline E... 19 ans. Primipare, entre dans le service en travail le 24 juin 1939.

Pas d'antécédents héréditaires. Quelques maladies banales de l'enfance. Règles peu abondantes.

Dernières règles du 15 au 20 septembre 1938.

Traces d'albumine dans les urines il y a quelques semaines.

Présentation du sommet en O. I. G. A. Bassin normal.

Cette jeune femme entre à la salle de travail à midi, le travail ayant commencé à 8 h. 1/2. La dilatation est complète et l'on pratique la rupture artificielle des membranes. Le liquide est légèrement teinté. Le fœtus est expulsé à 17 h. 40 en 5 minutes. C'est un enfant du sexe masculin, pesant 3.840 grammes.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, une première crise d'éclampsie. A 18 h., on note une agitation marquée, et survient la 2^e crise; la tension maxima à ce moment est de 14. On fait à la malade une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Environ 20 minutes après la sortie de l'enfant, délivrance naturelle et complète. Placenta pesant 540 grammes. On pratique à ce moment une saignée de 800 grammes.

Entre 18 et 19 h., c'est-à-dire en une heure de temps, 6 nouvelles crises d'éclampsie. Après la troisième de ces nouvelles crises, on refait 1 centimètre cube de morphine. La tension après la quatrième crise est 14-5. Après la cinquième crise, le pouls est à 152. Après la sixième crise, qui est en réalité la huitième, la malade est très cyanosée; les bruits du cœur sont très rapides, et on entend des râles

fins dans les deux champs pulmonaires. On fait une injection de ouabaine et une saignée de 300 grammes. A 21 heures et 21 h. 20, deux nouvelles crises.

Le lendemain matin, la tension est de 19-11. Il n'y a pas de signe d'œdème pulmonaire, mais on note une céphalée intense, un léger délire, et une certaine agitation. La malade est atteinte de cécité complète. L'analyse d'urine révèle 50 centigrammes d'albumine. On fait un lavement purgatif du codex, une saignée de 350 grammes et 1 centigramme de morphine.

L'après-midi, la femme présente une certaine hébétude avec une psychose d'anxiété et du délire. Les réflexes sont exagérés. Rien aux poumons. A l'auscultation du cœur, il y a des bruits très rapides avec un rythme embryocardique. Pas de bruits adventices. On fait une nouvelle injection de ouabaine intra-veineuse et successivement la malade fait deux nouvelles crises convulsives. Nouvelle saignée de 300 grammes. Injection de 1 centimètre cube de morphine. Un lavement avec 6 grammes de chloral et 1 gramme de chloral par voie buccale.

Le 26 juin, l'état est nettement meilleur, la céphalée est moindre et la vue s'améliore; l'agitation a diminué; le

cœur et les poumons sont normaux; les réflexes toujours un peu vifs.

Le Docteur DUBOIS-POULSEN pratique un examen ophtalmologique. Il trouve les yeux normaux, les fonds des yeux et les réflexes sont normaux; les pupilles sont normales; le champ visuel normal; cependant les pressions artérielles rétiniennees sont très élevées : 80. Il y a désorientation dans l'espace et dans le temps, qui se traduisent par certaines erreurs pour désigner les objets.

Dans les jours suivants, la tension artérielle générale redevient rapidement normale, les troubles de la vue disparaissent.

La mère a nourri son enfant qui a sensiblement rattrapé son poids de naissance au 16^e jour.

Cette observation d'éclampsie pendant le travail confirme quatre observations personnelles faites par le Docteur DEVRAIGNE, cas dans lesquels l'amaurose survenue dans des conditions identiques a disparu en 2 ou 3 jours sans laisser de troubles visuels.

OBSERVATION 2

Marguerite C... 25 ans, primipare.

Entre dans le service le 24 juin 1939, à 16 h. 30, conduite par une sage-femme; aurait fait une crise d'éclampsie à 15 h. 10. Aurait eu jusqu'à 10 grammes d'albumine. Début du travail à minuit. Dernières règles le 10 octobre 1938.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels : rien à signaler. Règles régulières, assez abondantes.

A l'entrée à l'hôpital la tension artérielle est de 18-11, les urines sont albumineuses.

Présentation du sommet en O. I. G. A. La dilatation est d'une petite paume de main. Dix minutes après l'arrivée de la malade, on pratique une saignée de 300 gr. A 17 h. 15 une crise d'éclampsie; la dilatation est d'une grande paume de main, rupture artificielle des membranes. On fait un lavement de chloral, puis on met un suppo Spasedol.

A 19 h. 15, accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 1.840 gr. A 20 h. délivrance naturelle et complète, placenta pesant 340 gr. Au moment de l'accouchement, la malade ne présente pas de troubles oculaires, le visage est un peu bouffi, le teint légèrement cyanosé. Tension 14-8 1/2.

On prescrit un lavement de chloral et une diète à l'eau lactosée.

Le 26, le Docteur DUBOIS-POULSEN pratique un examen ophtalmologique.

Fond de l'œil normal.

Tension artérielle rétinienne, 45.

Le quatrième jour, la tension artérielle humérale est de 15-7 1/2. L'albumine disparaît rapidement.

Au treizième jour, l'enfant, nourri par sa mère, a rattrapé son poids de naissance.

En raison de la pâleur marquée de la malade, on fait un dosage de l'urée sanguine, 0 gr. 18 et une numération globulaire;

Globules rouges : 3.200.000

— blancs : . 7.150

Hémoglobine : 80 %

Essayons de tirer quelques enseignements de ces deux cas étudiés. Nous voyons d'abord que les observations 1 et 2 sont sensiblement pareilles : crises d'éclampsie après l'accouchement, nombreuses dans l'observation 1, unique au contraire dans l'observation 2;

évolution également vers une guérison rapide dans les deux cas. Mais retenons surtout l'examen ophtalmoscopique. La première observation est fort instructive : troubles de la vision très nets; il y a cécité complète, mais pas de lésions de la rétine, et remarquons surtout les pressions artérielles rétinienne très élevées : 80, alors que la tension artérielle humérale était la veille de 19-11; il y a donc une nette dissociation entre la tension rétinienne et la tension artérielle, fait qui a été signalé à différentes reprises par les auteurs. Mais nous voyons tous ces troubles rentrer rapidement dans l'ordre.

Nous avons jugé intéressant de rapprocher de ces deux observations, quatre cas dont les observations ont déjà été publiées par notre maître M. le Docteur DEVRAIGNE et dont nous donnons seulement un bref résumé.

Madame S..., 40 ans, deux fausses-couches, un enfant vivant, enceinte d'environ 5 mois, est envoyée à l'hôpital pour vomissements graves, albuminurie, tension élevée, 31-15 1/2. A l'entrée dans le service, le 28 mai 1937, on lui trouve une tension de 23-14, quelques signes de défaillance

cardiaque, des troubles de la vision, de la céphalée, 4 grammes d'albumine, 1 gr. 37 d'urée dans le sang.

Malgré le traitement, l'état ne s'améliorant pas et l'examen ophtalmologique, que nous donnons plus loin, ayant montré des lésions très étendues, on pose des laminaires, puis un ballon le 6 juin; le 7, la malade expulse un fœtus frais pesant 550 grammes.

Suites simples et amélioration lente de l'état général.

Examen ophtalmologique pratiqué par le Docteur DUBOIS-POULSEN avant l'intervention :

Œil droit : Œdème considérable de la papille sans saillie appréciable, noyant les coudes des vaisseaux; œdème de la rétine avoisinante s'étendant à tout le pôle postérieur de l'œil.

Une hémorragie en flammèches juste au-dessus et en dehors de la papille, un amas d'exsudats en forme de cumulus dans la région maculaire. Pas de décollement macroscopique de la rétine mais aspect succulent.

Œil gauche : Même aspect de la papille, de la rétine et des vaisseaux; hémorragies punctiformes disséminées; un exsudat floconneux dans la moitié nasale de la rétine; un groupe d'exsudats dans la région maculaire.

Vision de l'œil droit : 3/10.

— — gauche : 2/10.

Pression artérielle rétinienne :

<i>Œil droit</i>	{	<i>min.</i>	100
		<i>my.</i>	130
		<i>mx.</i>	150

<i>Œil gauche</i>	{	<i>min.</i>	105
		<i>my.</i>	135
		<i>mx.</i>	150

Pression artérielle humérale droite : 23-14 — Vaquez.

La vision s'améliora rapidement dans les jours qui suivirent l'intervention; la malade partit brusquement avant que l'on ait pu refaire un examen de ses yeux.

Madame P..., 35 ans, — 2 accouchements normaux à terme — scarlatine dans l'enfance. Envoyée à l'hôpital le 16 décembre 1937 pour signes d'éclampsie : très fortes migraines, albuminurie et troubles oculaires très marqués. Dernières règles du 13 au 15 mars. Tension : 25-14. Une saignée de 500 grammes abaisse la tension à 21-14.

Examen ophtalmologique pratiqué par le Docteur DUBOIS-POULSEN :

Pupilles normales.

Réflexes normaux

Conjonctivite de l'œil droit.

Œil droit — Œdème de la rétine, léger œdème des bords papillaires, des hémorragies disséminées le long de ces bords papillaires et des exsudats périphériques.

Pression rétinienne minima 110.

Œil gauche. — Surtout œdème de la rétine.

Les signes d'éclampsie et ces lésions oculaires font décider de pratiquer un accouchement prématuré. Le 18 décembre on met un ballon de Champetier; 23 heures après, la femme accouche d'un garçon vivant pesant 3,260 grammes.

Le lendemain, persistance des troubles oculaires qui disparaissent le surlendemain.

Nouvel examen ophtalmoscopique :

A droite, la papille a repris un aspect normal; il reste une légère hémorragie en flammèches entre les deux branches de bifurcation de la branche supérieure de l'artère centrale de la rétine.

A gauche, disparition totale des lésions.

La malade sort le douzième jour en bon état, urée sanguine : 0 gr. 32, tension normale. L'enfant a repris son poids de naissance.

Nous résumons encore plus brièvement les deux autres observations, elles se rapportent également à des femmes présentant des syndromes prééclamp-tiques ayant nécessité l'avortement thérapeutique.

Dans les deux cas, les troubles oculaires étaient très intenses, l'œdème papillaire plus ou moins marqué, l'œdème rétinien très étendu; pression artérielle rétinienne minima, de 130 dans un cas, de plus de 150 dans l'autre cas; les tensions artérielles humérales étaient de 24-13 et 30-20 respectivement. Dans le premier cas, les troubles oculaires avaient entièrement disparu dix jours après l'intervention, mais les signes généraux s'aggravaient; cependant, la malade quittait l'hôpital sur sa demande; elle est morte trois jours après, chez elle. — Dans le deuxième cas, où les lésions oculaires étaient particulièrement importantes, l'examen ophtalmologique pratiqué un mois après l'intervention donnait les résultats suivants :

Oeil gauche. — *Un peu d'œdème de la rétine et de vastes lésions vasculaires : thromboses veineuses non guéries, placards hémorragiques non résorbés; exsudats dans les territoires thrombosés.*

A la périphérie rétinienne, des foyers de choroïdite.

Œil droit. — *Rétine nettoyée de tout exsudat, quelques éléments pigmentaires dans la région maculaire témoins des anciens exsudats — quelques éléments de chorio-rétinite.*

Pressions artérielles rétiniennes : 30.

Pression artérielle humérale : 13-9 — Vaquez.

Acuité visuelle : 1/3 aux deux yeux.

Deux mois après l'intervention, nouvel examen ophtalmologique :

A droite : 8/10.

A gauche : 10/10.

Œil droit. — *Quelques lésions pigmentaires à droite sur la macule.*

Œil gauche. — *Lésions vasculaires cicatrisées, mais il persiste une tortuosité et un élargissement permanent des veines.*

Analysons maintenant ces quatre cas beaucoup plus graves que les deux précédents, qui, se produisant au cours de la grossesse, ont nécessité l'intervention presque immédiate de l'accoucheur.

Dans les quatre cas, la tension artérielle rétinienne minima est très élevée, respectivement 100 - 110 - 130 - 150, beaucoup plus élevée comparativement que la tension artérielle humérale. Nous savons que les ophtalmologistes considèrent que cette discordance est commandée par l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (Bailliart, Magitot, Kalt, Claude, Laurache et Dubar).

Nous voyons également que la diminution de la pression artérielle rétinienne est très rapide et que d'autre part, les rétinites et névrites s'améliorent en très peu de temps. Cependant, c'est l'intensité des signes oculaires qui, conjointement avec l'état général, a dicté à l'accoucheur la conduite à tenir. Il y a donc intérêt à faire pratiquer un examen oculaire non seulement au point de vue de l'évolution locale, mais aussi également en ce qui concerne le pronostic vital de la mère, sans se préoccuper de l'avenir du fœtus, les lésions oculaires graves, et le traitement par larges saignées n'amenant pas de baisse de tension devant commander l'intervention.

CONCLUSIONS

L'éclampsie survenant pendant le travail, même accompagnée de troubles oculaires pouvant aller jusqu'à l'amaurose, comporte en général un pronostic bénin.

Au contraire, pendant la grossesse le pronostic général de l'éclampsie reste toujours réservé *quoad vitam*, mais généralement bénin en ce qui concerne les troubles oculaires.

Cependant, et après examen du spécialiste, l'intensité des troubles oculaires peut commander l'interruption de la grossesse.

Vu, Le Président de la Thèse,
M. COUVELAIRE.

Vu, le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMI, J. GALLOIS et STEHELIN. — Pression artérielle et fond de l'œil dans certains cas d'hypertension artérielle.

Bull. soc. oph. Paris 1930, pages 262-271.

ALLIEZ (J.), ROGER (H.), GUILLOT (P.) et PAILLAS (J.). — Hypertension artérielle avec hypertension céphalo-rachidienne et stase papillaire. Revue d'oto-neuro-ocul., vol. XII, 1934, page 589.

BAR, CHAMBRELENT et BRINDEAU. — Pratique de l'art des accouchements.

BAILLIART. — La circulation rétinienne à l'état normal et pathologique. Étude de la pression vasculaire locale. Rapport bulletin de la S.O.P., 19 novembre 1919.

La circulation rétinienne. Doin 1923.

L'hypertension artérielle rétinienne. Congrès du Caire, décembre 1937, pages 87 à 142.

BLUM et BARBARO. — Progrès médical,
14 mars 1925.

DEMELIN, DEVRAIGNE. — Manuel de l'Accoucheur.

DEVRAIGNE. — Troubles oculaires et grossesse.
Revue Médicale Française, décembre 1938.

DUBOIS-POULSEN. — Les rétinites dites hypertensives. Rapport à la Société d'Opht. de Paris,
20 novembre 1938.

DUBOIS-POULSEN. — Les rétinites de l'hypertension maligne. La Semaine des hôpitaux de Paris, 15 juin 1937.

FRITZ. — Rapport des pressions sanguines humérales et rétinienne. Société belge d'Ophtalmologie, 26 novembre 1933, page 67.

E. KALT. — Contribution à l'étude de la tension artérielle rétinienne dans l'hypertension intracranienne. Thèse, Paris 1927.

MAGITOT. — Les rétinites de l'hypertension artérielle. Bulletin de la S.O.P., 1934, pages 156 à 168.

A. MAGITOT et A. DUBOIS. — Rétinite hypertensive et hypertension rétinienne. Bulletin de la S.O.P., 18 juin 1932, page 403.

ROCHON-DUVIGNEAUD. — Rapport sur la rétinite albuminurique. Bulletin, et Mém. de la S.F.O., 1912.
